

ANALYSE DE QUELQUES CAS
DE
PÉRITYPHLITE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le Mercredi 13 Janvier 1892

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MAURICE ROCHERON

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Beaumont-sur-Sarthe, le 24 septembre 1866



LYON

IMPRIMERIE NOUVELLE

3, Rue Sainte-Catherine, 3

Janvier 1892

ANALYSE DE QUELQUES CAS
DE
PÉRITYPHLITE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le Mercredi 13 Janvier 1892

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MAURICE ROCHERON

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Beaumont-sur-Sarthe, le 24 septembre 1866



LYON

IMPRIMERIE NOUVELLE

3, Rue Sainte-Catherine, 3

—
Janvier 1892

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
GAYET. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVÉAU, GLÉNARD.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		X.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.		GAYET.
Physique médicale.		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique.		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE.
Anatomie.		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		J. TEISSIER.
Anatomie pathologique.		BERNE.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPPIER (RAYMOND).
Médecine légale.		PONCET.
Hygiène.		ARLOING.
Thérapeutique.		LACASSAGNE.
Pharmacie.		ROLLET.
		SOUlier.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants. MM. PERRET, agrégé.
Accouchements. POULLET, —
Botanique. BEAUVISAGE, —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR	MM. DIDELOT	MM. JABOULAY	MM. POLLOSSON	MM. SABATIER
BARD	X.	LANNOIS	POULLET	VIALLETON
BEAUVISAGE	GANGOLPHE	LINOSSIER	RODET	WEILL
CHANDELUX	X.	PERRET	ROQUE	

M. ETIEVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. FOCHIER, président; M. LAROYENNE, assesseur; MM. POULLET et POLLOSSON, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FAMILLE

A MONSIEUR LANDIER

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE LYON

A MES CHEFS DE L'ÉCOLE DU SERVICE
DE SANTÉ MILITAIRE

INTRODUCTION

Depuis l'année 1888 où parut la thèse de Pravaz, faite sous l'inspiration de M. le professeur Poncet, aucun travail un peu étendu n'a été publié à Lyon sur la pérityphlite. Cependant, depuis cette époque, la question a subi de notables changements, surtout en ce qui concerne l'anatomie pathologique qui a précisé les indications de l'intervention chirurgicale précoce et hardie, déjà posée dans ce travail. Nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de M. Maurice Pollosson quelques cas de pérityphlite ; sur son conseil nous les avons étudiés dans le but d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale. M. Pollosson nous a donné d'autres observations recueillies par lui, toutes inédites. Le nombre des observations ainsi réunies s'élève à treize.

Nous y joindrons la relation d'un cas d'étranglement herniaire de l'appendice iléo-cœcal qu'il nous a paru bon de rapprocher des affections inflammatoires et gangreneuses du même appendice.

Nous nous proposons d'analyser ces observations dans ce travail et de comparer les conclusions qui ressortent de cette analyse, avec celles qui ont été exposées dans les travaux les plus récents. Il est donc logique de faire précéder la partie originale de

notre thèse d'un exposé historique comprenant d'une part les notions nouvellement acquises sur ce qu'on a appelé, sur ce que l'on peut appeler encore la pérityphlite, d'autre part les préceptes chirurgicaux souvent très opposés, établis par les divers praticiens.

Nous insistons sur ce point ; notre but n'est pas de faire un travail complet, comprenant tous les éléments de la question. Nous avons moins encore la prétention de fixer les règles de l'intervention chirurgicale. Nous limitons notre thèse à la publication de quelques observations inédites et à leur étude comparée.

Notre travail comprendra les divisions suivantes :

- 1° Historique de la pérityphlite, considérée par rapport à la pathogénie et à l'anatomie pathologique ;
- 2° Historique du traitement chirurgical ;
- 3° Observations.
- 4° Analyse de ces observations.
- 5° Conclusions.

Nous remercions vivement M. le professeur Fochier de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Nous offrons également à M. le professeur agrégé Maurice Pollosson, l'expression de notre profonde reconnaissance pour les observations qu'il nous a communiquées et les conseils qu'il nous a donnés avec empressement.

C'est aussi un devoir pour nous de remercier M. le docteur H. Mollière de l'accueil affable qu'il nous a toujours fait dans son service.

ANALYSE DE QUELQUES CAS
DE
PÉRITYPHLITE

CHAPITRE PREMIER

PÉRITYPHLITE — HISTOIRE DE SA PATHOGÉNIE

Nous essaierons au commencement de ce travail de donner une vue d'ensemble sur les principaux travaux concernant l'histoire de la pérityphlite.

A l'origine, la pérityphlite n'est pas l'objet de descriptions spéciales ; avec d'autres affections elle est décrite sous le terme général d'inflammations de la fosse iliaque droite, c'est-à-dire qu'elle est considérée comme un phlegmon, un abcès ayant son siège dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

Cependant, Dupuytren, dans ses Cliniques, insiste surtout sur la fréquence de ceux de la fosse iliaque droite et en donne pour cause les particularités du tube digestif en ce point.

Grisolle admet également que la fréquence et la diversité des lésions organiques du cœcum deviennent une cause efficiente de phlegmasie pour le tissu cellulaire ambiant. Nous lisons, en effet, dans son *Traité de Pathologie Interne* « Les perforations du cœcum et de son appendice arrivant spontanément ou par gangrène résultant aussi de la présence de

corps étrangers ou de fèces durcies, déterminent parfois des abcès phlegmoneux ou gangreneux ». Cependant il n'ose affirmer que la prédilection des abcès pour la fosse iliaque droite dépende uniquement de ces circonstances. En tout cas, il confond la typhlite et la pérityphlite, et les prétendus faits décrits en Allemagne sous le nom de typhlites ne sont pour lui que des phlegmons.

Cependant, dès la fin du siècle dernier, on citait quelques rares faits de pérityphlites accompagnés de perforation de l'appendice iléo-cœcal ; mais cette idée semble à peine entrevue. D'année en année seulement surviennent des observations isolées, publiées toutefois sans aucun commentaire. Ce n'est qu'en 1827 que ces vues semblent avoir pris rang dans la science à la suite d'un mémoire publié par Melier.

Déjà, 3 ans auparavant, Louyer-Villermay, avait cité deux cas nettement constatés de perforation appendiculaire, mais ce fait était resté sans écho.

La thèse de Bodart (Paris 1844), est un recueil de tous les documents existant jusqu'à ce jour sur la question.

En 1859, Leudet fait un travail dont la conclusion est que la perforation de l'appendice vermiciforme est à elle seule plus commune que toute autre perforation d'une partie quelconque de l'intestin. Mais cette conception est, sinon rejetée, du moins reléguée à une place tout à fait secondaire.

C'est ce que nous fait supposer la lecture d'un travail des plus complets de l'époque (Blatin, 1868).

On ne confond plus la typhlite avec le phlegmon iliaque, mais la pérityphlite est considérée comme toujours consécutive aux lésions du cœcum. L'appendice semble ne jouer qu'un rôle restreint, « il est d'un volume si peu considérable et ses fonctions sont si restreintes, si toutefois elles existent, que ses souffrances retentissent difficilement sur l'économie et ne peuvent apporter aucun trouble fonctionnel ».

Cependant avec les progrès de l'anatomie pathologique et une étude plus approfondie des symptômes, la possibilité d'une fréquence plus grande des lésions iléo-cœcales est admise.

Sauzède publie un cas de péritonite purulente consécutive à une perforation de l'appendice vermiciforme.

Duplay, relève plusieurs observations de péritonites généralisées ou locales, ayant eu pour point de départ une ulcération de l'appendice.

Enfin Balzer, dans une série de communications, démontre que la pérityphlite d'origine appendiculaire est loin d'être rare, surtout chez les enfants, et qu'elle peut également être l'origine de péritonites graves.

Dautel, dans sa thèse, a plus spécialement en vue la pérityphlite d'origine primitive, il admet bien les lésions iléo-cœcales, mais celles du cœcum sont loin d'être rares.

La question en était là, lorsque de nouvelles recherches anatomiques et anatomo-pathologiques, faites dans ces dernières années, vinrent jeter une lumière toute récente sur la pérityphlite.

La doctrine du revêtement incomplet du cœcum

et de son appendice régnait en maitresse à la fois dans l'anatomie et la pathologie. Mais, en 1885, apparaissent les travaux de Tuffier, en France, et de Trèves, en Angleterre, travaux qui combattirent enfin avec succès le préjugé qui avait régné jusqu'alors.

Plusieurs cas de pérityphlites s'étant terminés par la mort, on se demanda quelle pouvait être la cause de la gravité de cette affection. C'est alors que de nombreuses et patientes dissections vinrent nous montrer que l'appendice vermiforme était un organe intra-péritonéal, c'est-à-dire enveloppé de tous côtés par le péritoine, et n'ayant pas autour de lui directement une couche de tissu cellulaire. Cette découverte nous expliquait, du même coup, la pathogénie de la pérityphlite ; le prétendu phlegmon n'était rien moins qu'une péritonite localisée à la fosse iliaque droite.

Aujourd'hui, la plupart des chirurgiens se rangent à cette manière de voir, confirmée d'ailleurs par les caractères cliniques de l'affection. M. le professeur Poncet, dans son cours magistral, a soutenu cette idée et l'a appuyée de nombreuses preuves. Il faut considérer la pérityphlite, et encore plus la typhlite, comme des raretés pathologiques ; l'appendicite doit prendre la place de ces deux affections.

Toutefois, cependant, cette disposition n'est pas absolue chez tous les sujets. C'est ce qui résulte du moins de recherches, entre autres de celles de Pravaz. Sur 100 sujets, l'appendice n'était que 94 fois complètement libre dans le péritoine. Mais si ce fait n'est pas absolu, il n'en a pas moins une

grande valeur et nous permet de dire que ce qui, autrefois était considéré comme une exception, est aujourd'hui devenu la règle.

En possession de ces notions anatomiques, il nous était dès lors possible d'avoir, sur la marche de la pérityphlite des idées bien différentes de celles d'autrefois. Legrain et Taverney s'étaient efforcés de démontrer que le cœcum et son appendice étaient incomplètement recouverts par le péritoine et reliés au tissu cellulaire de la fosse iliaque par un mésentère.

Trèves, Tuffier et Broca venaient, au contraire, de prouver d'une manière irréfutable que cette assertion était fausse et que l'appendice était un organe essentiellement péritonéal, dont le doigt pouvait faire le tour, comme elle fait le tour de la pointe du cœur dans le péricarde.

Dès lors, le terme de pérityphlite ne paraissait plus exact, puisqu'il ne correspondait plus au siège de la lésion ; il fallait le remplacer.

C'est ce que fit Whith, au Congrès de Copenhague. Appelant l'attention sur le siège et l'étendue des troubles inflammatoires consécutifs à la perforation de l'appendice, Whith déclare que cette variété d'affection doit être désignée sous le nom de péritonite appendiculaire, afin d'en bien définir à la fois et le siège et l'origine.

Depuis ce moment, le terme de pérityphlite est devenu la source de confusions. Employé par les uns dans son premier sens, c'est-à-dire pour désigner l'inflammation du tissu cellulaire ambiant ; il sert

pour d'autres à désigner à la fois l'inflammation de ce tissu et du péritoine ; un troisième groupe, enfin, l'emploie comme synonyme de péritonite enkystée.

Pour nous, nous conserverons le terme de pérityphlite et nous entendrons par là l'inflammation de tout ce qui entoure directement ou indirectement l'appendice.

Ces vues nouvelles ont été exposées dans la thèse récente de Maurin ; d'ailleurs, le titre d'appendicite qu'il a donné à son ouvrage, nous permet de juger de l'importance qu'il accorde à l'appendice dans l'affection qui nous occupe.

Si maintenant nous cherchons à savoir de quelle façon cette affection a été envisagée à l'étranger, particulièrement en Allemagne, en Angleterre et en Amérique, nous voyons qu'elle a été l'objet des mêmes discussions que chez nous.

En Allemagne, Albers est le premier qui ait fait une étude sur la pérityphlite et lui ait donné ce nom ; mais à l'exemple de Grisolle, il confond la typhlite et la pérityphlite ; quant à l'appendice, il n'en fait aucune mention. C'est qu'en effet il n'existait à cette époque, sur cet organe, aucune notion anatomique ni pathologique.

Les expériences de Zambecari et de Morgagni avaient démontré qu'on pouvait sans conséquence aucune enlever cet appendice ; de plus, on avait trouvé à l'autopsie d'individus morts d'affection étrangère, des calculs dans l'intérieur de l'appendice alors qu'ils n'avaient jamais donné lieu à aucun symptôme. Il avait donc paru tout rationnel d'en

conclure que cet organe n'était d'aucune utilité ni d'aucun danger.

Munchmeyer fait une étude anatomique du cœcum et de son appendice, et attribue au siège de ces organes la fréquence de leur inflammation.

Puis, viennent d'années en années des observations de faits, dans lesquels on incrimine tantôt l'appendice, tantôt le tissu rétro-cœcal.

Hénoch, Bamberger, Volz, citent de nombreux cas où l'appendice a été la cause des accidents survenus. Mais l'accord entre eux n'est pas fait sur ce qu'on doit entendre par le mot de pérityphlite. Les uns le réservent à l'inflammation du tissu conjonctif entre le cœcum et le fascia iliaca ; d'autres en désignent seulement l'inflammation du péritoine péri-cœcal.

Oppolzer (1863), un des premiers, essaye d'établir la distinction entre ces deux inflammations et, pour ce faire, il crée le terme de paratyphlite, qu'il donne au phlegmon du tissu cellulaire.

Enfin, Matterstoch, Mickulitz, Kraussold, Israël, Schuscharadt, Baumgarten et la plupart des chirurgiens allemands sont d'accord pour reconnaître à la pérityphlite un siège intra-péritonéal et une origine appendiculaire.

Quant aux principaux auteurs anglais et américains, nous ne pouvons que citer leurs noms, n'ayant pu avoir en main les revues étrangères. Nous savons cependant que ce sont eux qui ont surtout attiré l'attention sur l'importance de l'appendice dans les lésions pérityphlitiques.

Dès 1875, Burne avance que la perforation de l'appendice, beaucoup plus souvent que celle du cœcum, est la cause de la pérityphlite.

Enfin, de nos jours, Fitz, Weir, Smith, Fenvick, Seen, sont unanimes pour reconnaître que, dans tous les cas, l'appendice est le point de départ de l'affection ; c'est même pour eux la seule forme que puisse revêtir la maladie.

Sands est le seul à soutenir l'origine phlegmoneuse et extra-péritonéale.

Trèves, recueillant les observations d'autopsies, pratiquées dans ce but dans les hôpitaux de Londres, pendant ces huit dernières années, conclut que dans tous les cas l'appendice était malade et l'abcès intra-péritonéal.

Enfin With, au Congrès de Copenhague, se fait le défenseur des idées nouvelles et reconnaît aux prétendus abcès pérityphlitiques, le caractère de véritables péritonites enkystées.

Enfin, nous devons citer deux noms qui ont vivement contribué à éclairer cette question, encore obscure en bien des points. MM. Roux (de Lausanne) et Krafft (de Genève), dans des mémoires tout récents, viennent d'apporter dans le traitement de la pérityphlite les résultats de leur grande expérience. Leurs faits sont déjà assez nombreux pour que nous puissions y puiser un enseignement utile.

CHAPITRE II

HISTOIRE DU TRAITEMENT

L'histoire du traitement de la pérityphlite est intimement liée à celle de l'affection elle-même, aussi avons-nous cru utile d'en faire le sujet d'un chapitre spécial. Les interprétations diverses données sur la marche, la nature, le siège de l'affection nous permettent de comprendre la multiplicité des traitements proposés actuellement. Avant les progrès de l'antiseptie, alors que le bistouri était considéré comme un instrument redoutable, la thérapeutique se réduisait presque toujours à l'expectation ou à une médication interne. Les purgatifs, les vésicatoires, les sangsues faisaient tous les frais du traitement ; l'opium donnait d'excellents résultats à Stokes et à Graves ; d'ailleurs, aujourd'hui même, il est loin d'être abandonné (Fagge, With, Sands, Biermer, Volz). A peine quelques chirurgiens hardis osaient-ils intervenir, mais ce n'était pas à beaucoup près la règle ; et encore si l'on intervenait, n'était-ce que dans les cas où le pus venait en quelque sorte faire saillie sous la peau ; l'opération était alors aussi simple que l'incision d'un panaris.

Cependant, en 1848, le docteur Hancock, de Londres, publia une observation de pérityphlite opérée par l'incision précoce; devant le succès obtenu, plusieurs chirurgiens imitèrent la conduite du médecin anglais; mais les premières statistiques ne furent pas encourageantes. Bull, sur 67 cas, relevait 33 morts; cependant les résultats devinrent meilleurs peu à peu. Sands, en 1886, sur 26 cas, rapporte 24 guérisons. Noyes (1882) ne compte plus qu'une mortalité de 15 %.

L'abstention paraissait légitimée non par crainte de l'ouverture du péritoine, puisque l'affection était localisée dans le tissu cellulaire, mais par crainte de pyohémie, d'infection purulente. Puis le cœcum étant non seulement la cause, mais le point de départ de la maladie, on n'osait s'attaquer à cette portion de l'intestin, ou bien un abcès se formait-il, le pus pouvait s'évacuer par le gros intestin ou venir faire saillie sous la peau où il s'ouvrait alors de lui-même.

Quoiqu'il en soit, les notions que nous possédons actuellement sur le traitement de la pérityphlite sont la conséquence d'une étude et d'une expérience plus complète des faits, mais aussi et surtout des découvertes anatomiques qu'une dissection minutieuse est venue nous révéler.

Nous chercherons à faire un exposé aussi exact que possible des opinions émises par les principaux chirurgiens ou médecins qui se sont occupés de la pérityphlite, nous verrons combien sont diverses ces opinions. En présence de si grandes divergences nous serons forcés de conclure que la question est

loin d'être résolue et que l'apport de nouveaux faits est indispensable si l'on veut arriver sinon à trancher la solution dans un sens ou dans l'autre, ce qui du reste nous paraît impossible, du moins à se tracer une règle de conduite variable suivant les circonstances.

Nous laisserons de côté la symptomatologie de la pérityphlite, tout ce qui concerne cette étude a été traité dans la thèse de Maurin. Il est inutile également d'insister sur les causes de la pérityphlite ; l'inflammation du cœcum consécutive à la stase stercorale existe, il est vrai, mais beaucoup moins souvent qu'on le prétendait autrefois ; en tout cas elle est une cause relativement rare de pérityphlite. Autrement fréquents sont les corps étrangers qui pénètrent dans la lumière de l'appendice et sont la source des accidents ; tous les auteurs insistent aujourd'hui sur cette notion démontrée par les autopsies. Mais, en lisant les leçons cliniques de Trèves, nous avons vu figurer une cause à laquelle on ne semble pas avoir pris suffisamment garde ; nous voulons parler de la situation et de la direction de l'appendice. Trèves à la suite de ses nombreuses autopsies a remarqué que parfois l'appendice, au lieu de plonger dans la fosse iliaque, remontait le long du cœcum en se couvant, il a pensé que cette coudure pouvait amener l'oblitération du conduit et, par suite, la rétention de produits muqueux secrétés, produits qui, par leur accumulation pourraient amener la rupture de l'appendice. Ces faits seraient bien de nature à expliquer les cas où, malgré une perforation aucun corps étranger n'a pu être trouvé.

Nombre d'auteurs ont voulu diviser les pérityphlites en plusieurs catégories dont, chacune pût être susceptible d'un traitement spécial ; l'idée est fort juste, mais ne trouve sa réalisation que dans certaines formes nettement confirmées, telles que celles qui affectent une marche aiguë ou même subaiguë. Mais, malgré tout, le diagnostic est souvent impossible ; certains cas, graves au début, guérissent par résolution et ces cas sont peut être plus nombreux qu'on le pense ; tandis que d'autres à marche insidieuse, vont causer brusquement la mort.

Talamon et Tuffier, pour qui toute pérityphlite est une appendicite, ont reconnu à cette affection quatre degrés :

1° Pérityphlite aiguë, avec perforation de l'appendice ;

2° Pérityphlite subaiguë, avec adhérences et perforation ;

3° Pérityphlite simple, avec adhérences sans perforation ;

4° Colique appendiculaire.

Chacune de ces formes serait alors susceptible d'un traitement.

Roux n'admet que deux variétés de pérityphlites :

Les unes d'origine cœcale ou stercorale.

Les autres d'origine appendiculaire ; les premières se terminant presque toujours par résolution ou induration ; les deuxièmes nécessitant l'intervention chirurgicale.

Les récentes et nombreuses discussions qui viennent d'avoir lieu sur le traitement de cette affection nous prouvent que la lumière est loin d'être faite.

Actuellement l'intérêt se porte sur ce fait de savoir si tous les accidents que l'on observe sont uniquement sous la dépendance d'une lésion de l'appendice, ou si à côté il n'existe pas des inflammations phlegmoneuses du tissu cellulaire péri-cœcal. Puis survient une nouvelle question à laquelle il est impossible de répondre :

Parmi les pérityphlites, quelles sont celles qui peuvent guérir spontanément ?

Aujourd'hui chirurgiens et médecins sont partagés en deux camps bien tranchés ; les uns, partisans des anciennes doctrines, prêchent la temporisation à outrance et s'en tiennent aux médications internes. Les autres, et parmi eux les Américains en première ligne, vantent et pratiquent en effet l'intervention rapide. De quel côté est la vérité ? Il n'est guère possible de le dire.

Examinons quelles sont les principales opinions émises dans les derniers temps par les chirurgiens les plus compétents.

M. Berger se demande si, comme l'ont prétendu tous les auteurs américains, l'appendice est toujours la cause des désordres attribués jadis à la pérityphlite.

Cette opinion est évidemment exagérée, et il doit certainement y avoir des cas où le cœcum seul est en cause.

Maurin, dans sa statistique portant sur 136 cas ne note que 94 fois la lésion de l'appendice ; dans les 36 cas restant le cœcum est seul malade et, sur ces 36, 20 ont guéri. Si Talamon lui-même fait une

classification des appendicites, c'est donc qu'il reconnaît que la maladie n'a pas toujours la même allure, ni la même terminaison.

Dès lors on se demande pourquoi la même lésion d'un organe, produite dans des conditions identiques, aboutit tantôt à la mort, tantôt à la guérison.

Si les interventionnistes apportent des statistiques dans lesquelles l'expectation a fourni une mortalité effrayante, ne nous est-il pas permis de demander s'ils ont tenu compte de tous les cas, s'ils n'ont point eu en vue que les cas graves.

Le diagnostic de pérityphlite suppurée n'est pas, quoi qu'on en dise, aussi simple qu'on le prétend : début instantané, douleurs vives dans la fosse iliaque droite, accidents de péritonisme aigu, ne suffisent pas pour faire prévoir la suppuration ; nous n'en voulons pour preuve que ces observations assez fréquentes dans lesquelles, malgré un début brusque et une intensité redoutable de l'affection, la pérityphlite aboutit à un abcès enkysté ou même à la résolution. Routier, vient de publier une observation très intéressante dans laquelle le malade fut considéré comme atteint d'occlusion intestinale, les douleurs siégeant à gauche. L'autopsie vint démontrer une péritonite par perforation de l'appendice iléo-cœcal.

L'intervention n'est pas à discuter pour les cas de péritonite aiguë à la suite d'une perforation ; mieux vaut opérer que laisser aux malades toutes les chances d'une mort rapide. Nul n'hésite non plus lorsqu'il existe un abcès enkysté avec péritonite circonscrite,

bien limitée ; ce n'est, comme le dit Roux « qu'un coup d'ongle à donner ». Mais l'incertitude et l'hésitation apparaissent en présence d'une pérityphlite de moyenne intensité. En d'autres termes, y aura-t-il perforation ou suppuration ?

Ici l'insuffisance du diagnostic médical nous conduit au tâtonnement.

M. Berger, pesant les avantages et les dangers d'une temporisation, prend un moyen terme. Blâmant fortement ceux qui, de parti pris, réséquent l'appendice, il déclare toutefois que l'expectation doit être très limitée et que trente-six ou quarante-huit heures d'aggravation continue, justifieront pleinement une intervention ; l'incision et la résection de l'appendice sont alors indiquées.

Richelot est encore beaucoup plus affirmatif et catégorique, il vaut, selon lui, beaucoup mieux agir trop vite que de laisser passer le moment favorable ; même sans fluctuation, il faut promptement intervenir pour éviter l'invasion, souvent brusque, de la péritonite diffuse, ou la rupture des adhérences, ou l'ouverture dans l'intestin, enfin la septicémie, l'épuisement, les récidives.

Avec Reclus, nous nous trouvons en présence d'une méthode qui tend à rallier de plus en plus les suffrages. En face d'une pérityphlite ordinaire, Reclus recule devant les dangers d'une intervention. D'ailleurs, selon lui, un bon nombre de ces inflammations n'est pas voué à la suppuration. S'il se résout, ce n'est qu'après une série de récidives, ou en présence de signes pouvant faire craindre une

perforation. Pour lui, comme pour Roux, le diagnostic de la pérityphlite suppurée est facile ; d'ailleurs si le doute existe, il n'y a qu'à se rappeler la grande fréquence des perforations et faire appel aux statistiques de Matterstock qui, sur 146 cas, a trouvé 132 fois l'appendice lésé.

Fenwich	sur 125 cas,	note 113 perforations		
Weir	— 100	—	84	—
L. Gauthier	— 50	—	48	—

Entre les mains de Schwartz, l'intervention a donné un résultat déplorable ; mais chez les malades opérés, l'affection remontait à une date éloignée et diminuait par là même les chances de succès ; aussi Schwartz se déclare-t-il partisan de l'intervention précoce, alors que l'état général du malade est satisfaisant encore.

Les premiers mémoires de Krafft et de Roux datent de 1888 ; ils ont été l'occasion du réveil de la question et c'est sur eux que se sont fondées la plupart des notions que nous possédons actuellement sur le traitement de la pérityphlite.

Pour démontrer que la pérityphlite rentre dans le cadre de la chirurgie, Krafft s'appuie sur deux faits qu'il considère comme absolument démontrés. Le premier de ces faits est que le traitement interne n'empêche pas les récives. Si la guérison survient, elle n'est qu'apparente et laisse après elle un foyer d'induration qui peut rester latent et être plus tard le point de départ d'accidents mortels ultérieurs. Paulier venait de démontrer, dans sa thèse, que les

rechutes étaient presque constantes. Krafft lui-même, sur 106 cas, note 24 antécédents pérityphlitiques.

De plus, pour lui, toute pérytyphlite aboutit à la formation d'un foyer purulent, ce que autopsies ou opérations lui ont permis de constater. Il lui paraît donc rationnel d'intervenir dès que se manifestent les premiers symptômes de pérityphlite.

Tout en se déclarant pour l'intervention précoce, Roux fait certaines réserves ; il reconnaît que quelquefois la pérityphlite suppurée peut se terminer par résolution. Il conclut de ses recherches anatomiques que, plus souvent qu'on ne le dit, l'appendice vermiculaire est incomplètement entouré par le péritoine ; les deux feuillets du mésentère sont séparés en arrière par du tissu cellulaire ; dès lors, on comprend qu'une perforation en ce point amène un abcès extra-péritonéal. La fréquence du siège de ces perforations était précisément d'accord avec les expériences de Tuffier. Ce dernier, à la suite d'injections de liquides dans l'intestin, venait de démontrer que le cœcum et son appendice étaient plus fragiles dans leur moitié postérieure.

Les observations publiées par Roux, dans ces dernières années, sont au nombre de 57 ; nous n'y trouvons que 4 cas de mort. Elles sont très instructives, car elles nous permettent d'apprécier les différentes formes que peut revêtir la pérityphlite. L'opération a presque toujours confirmé le diagnostic, mais il est arrivé cependant au chirurgien de tomber sur une masse de pus, alors que l'appendice était absolument sain, ou bien encore de trouver sur cet appendice

une cicatrice, signe irrécusable d'une guérison ancienne.

Ces faits rares, il est vrai, ne suffisent-ils pas pour être réservé vis-à-vis de l'intervention ?

En Allemagne, la pérityphlite est l'objet des mêmes discussions ; les avis sont aussi partagés et nous y voyons soutenues l'une et l'autre, avec la même vigueur les deux opinions extrêmes.

Renvers, partisan de l'ancienne médication, prétend que la pérityphlite guérit dans la grande majorité des cas sans le secours d'une opération chirurgicale. Le traitement interne seul suffit et la mortalité n'est pas plus de 3 ou 4 %. D'ailleurs, pour lui, les inflammations de l'appendice sont assez rares, et quand elles existent, elles sont dues à la stase stercorale. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on a des perforations d'emblée, auquel cas, l'intervention devient nécessaire. Si le foyer est encapsulé, il y a presque toujours résorption. Quant aux récidives, l'hygiène et les laxatifs les combattent avantageusement et avec succès.

Pour Renvers, les exsudats et le pus, lorsqu'ils sont en petite quantité, se résorbent facilement ; la chose est certaine, il a pu s'en rendre compte plusieurs fois sur des malades. Une ponction faite dans plusieurs cas lui avait permis de retirer du pus et cependant les malades ont guéri sans opération ; ces mêmes malades, revus dix mois après, n'avaient pas eu de récidive.

Guttmann soutient également que les collections peu considérables ont une tendance telle à la résorp-

tion que toute intervention est inutile. Sa statistique donne 95 % de résultats heureux. Celle de Leyden donne les mêmes proportions.

Celle de Furbringèr ne compte qu'une mortalité de 10 %, 78 guérisons, 12 améliorations.

En présence de ces résultats, et si nous avons foi dans leur exactitude, nous sommes obligés de reconnaître que le traitement interne a une valeur qui est loin d'être négligeable.

Ces auteurs ne rejettent pas de parti pris l'intervention, mais ils ne la demandent qu'exceptionnellement, dans les cas très limités où le pus est en quantité telle que l'on ne peut compter sur sa résorption. Leur traitement se base sur la ponction et sur la médication interne, deux méthodes qui, aujourd'hui, sont considérées, par un grand nombre de chirurgiens, la première comme un pis aller, la seconde plutôt comme une cause d'aggravation de l'affection.

Plusieurs praticiens, avec Hunerfauth, s'adressent dans tous les cas de pérityphlite d'intensité moyenne, au massage qui, disent-ils, rend aux organes leur *tonus* et facilite la résolution.

En face de cette école, on trouve le camp opposé dans lequel viennent combattre Sonnenburg, Kümmel Schuschart, Baumgarten, Volkmann, Israël. Ici plus aucune hésitation, l'opium et les purgatifs doivent en toutes circonstances céder le pas au bistouri.

Pour Sonnenburg toute pérityphlite est supprimée et constitue une affection grave justiciable d'une intervention.

Si la pérityphlite devient une maladie relativement

bénigne, dit Schuschardt, c'est au traitement opératoire qu'elle le doit. Il faut toujours opérer, quand même aucune fluctuation ne serait perçue.

Quand au professeur Hermann Kümmel, il est on ne peut plus affirmatif. La tendance de l'affection à récidiver, jointe au danger qui s'accumule à chaque nouvelle rechute, est amplement suffisante, pour décider d'une laparotomie, opération qu'il n'hésite pas à qualifier de « simple et facile. »

Matterstock, ayant rassemblé 977 cas de pérityphlite, a trouvé comme moyenne, une mortalité de 30 % chez les adultes et de 100 % chez les enfants. En présence de tels résultats, Graser déclare qu'une opération précoce, dût-elle être grave, est amplement motivée.

M. Jumon, dans la *Médecine Moderne*, fait le résumé d'un travail publié par le docteur Vollert à la clinique du professeur Nothnagel, de Vienne. Ce travail s'appuie sur 65 cas observés en 7 ans 1/2.

Voici les résultats :

Guérisons	34
Améliorations	25
Résultats nuls.....	2
Morts	3

Le traitement suivi dans tous ces cas a toujours été le même. Au début, antiphlogistiques, réfrigérants, opiacés, lavements et purgatifs.

L'intervention n'a été pratiquée que si les phénomènes généraux devenaient alarmants, si la suppuration et la fièvre existaient.

En Angleterre et en Amérique, les voix de tous les chirurgiens ne font qu'un seul écho pour réclamer l'intervention hâtive ; il faut opérer dans tous les cas et le plus tôt possible. Cette manière d'agir a été proclamée ouvertement pour la première fois par Mohamed et Simonds à la Société clinique de Londres, en 1884. « Il faut non seulement inciser, mais réséquer un appendice qui peut-être la cause d'une affection grave. »

Depuis, cette idée a trouvé de nombreux partisans (Seen, Keen). Au dernier Congrès de New-Yorck, le docteur MacMurtry a présenté un travail dans lequel il déclare que toute inflammation péri-cœcale est d'origine appendiculaire. Si la typhlite existe, c'est tout au plus dans le rapport de 1 à 200.

Enfin l'auteur américain, comparant les lésions de la pérityphlite à celle de la salpingite, conclut que l'opération fait courir moins de risques que la maladie elle-même et qu'il faut intervenir le plus rapidement possible.

Nous voyons par cet exposé combien sont diverses et opposées les opinions émises sur le traitement de la pérityphlite. Défendue avec vigueur, l'intervention précoce et radicale est rejetée par d'autres et remplacée par une temporisation prolongée.

Les premiers invoquent à l'appui de leur manière d'agir la crainte d'une péritonite généralisée, d'une perforation, d'une collection purulente venant s'ouvrir ou dans le péritoine ou dans l'intestin, enfin, et surtout les récidives et la septicémie.

Les autres rappelant les dangers d'une laparoto-

mie se refusent d'intervenir pour ce motif qu'un grand nombre de pérityphlites peuvent guérir spontanément.

Les statistiques apportées de part et d'autre semblent également favorables.

Ces contradictions nous prouvent une fois de plus dans quelle incertitude nous sommes vis-à-vis de cette affection.

A Lyon, la question de la pérityphlite et de son traitement a été abordée pour la première fois en 1888 par M. le docteur Pravaz, dans une thèse déjà mentionnée, inspirée par M. le professeur Poncet. Ce travail très soigné et très complet, résume parfaitement l'état de la question à l'époque où il a été publié ; de plus, il va au devant pour les conclusions thérapeutiques qui doivent être posées, à la suite des découvertes ultérieures sur la nature de l'affection. Dans cette thèse, M. Poncet est nettement interventionniste, et interventionniste précoce. A la même époque, M. le professeur agrégé Chandelux, dans une clinique sur la pérityphlite, insistait au contraire sur le traitement médical et rapportait un cas des plus graves dans lequel la médication interne avait triomphé de l'affection. Depuis, la question a été soulevée à la Société des Sciences médicales, dans la séance du 14 octobre 1891, par M. Maurice Pollosson qui fait une communication sur la pérityphlite, communication reposant sur l'analyse rapide des observations que nous publions aujourd'hui. M. Pollosson s'appuyant sur ces faits dit ne pouvoir accepter l'opération précoce et hâtive dans les ter-

mes où elle a été conseillée dans ces dernières années. On ne doit pas opérer d'emblée dans tous les cas, dans le but de prévenir une péritonite possible et des récidives probables, il faut avoir la main forcée par des symptômes généraux graves ou guidée par des signes locaux précis. Il reconnaît toutefois qu'on doit être beaucoup plus interventionniste qu'on ne l'était dans la période pré-antiseptique et avant les notions nouvelles acquises sur l'anatomie pathologique de l'affection.

Dans la même séance, M. le professeur Fochier se déclare partisan de l'expectation, et croit qu'il ne faut intervenir que lorsqu'il existe une indication plus précise que celle qui a été considérée comme suffisante dans la période contemporaine. En un mot, il se rattache plutôt à l'ancienne pratique. M. Jaboulay apportant des observations de M. le professeur Poncet et des observations personnelles se déclare partisan de l'opération précoce à peu près dans les termes où elle est conseillée également dans un mémoire en voie de publication par Roux, de Lausanne.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — V. M..., âgé de 23 ans, étudiant en médecine ; bonne santé antérieure, jamais d'affections intestinales ; habituellement constipé. — A la suite d'une constipation plus opiniâtre, il fut pris subitement, en sortant d'un plantureux repas, de douleurs dans la fosse iliaque. Il eut beaucoup de peine à rentrer chez lui ; dans la nuit, les douleurs furent très vives ; il y eut des vomissements. Le lendemain, M. Ollier constata un empâtement dans la fosse iliaque de droite et diagnostiqua une pérityphlite. Le malade fut confié, dès lors, aux soins de M. Fochier ; il fut traité par onction d'onguent mercuriel et cataplasmes, diète, lavements, laxatifs légers et, plus tard, vésicatoires. Dans les premiers jours qui suivirent le début, la tumeur prit une consistance de plastron, que l'étudiant en médecine, devenu aujourd'hui médecin, compare à ce qu'il a si souvent observé depuis dans certains cas de périmérite. La fièvre ne fut jamais très élevée, la température se tenait autour de 38°5 ; cependant, à un moment donné, en raison des progrès de la tumeur, on pensa à une intervention et MM. Ollier et Fochier devaient se réunir en consultation à ce sujet. Sur ces entrefaites survint une débâcle stercorale et une amélioration rapide. On ne constata pourtant pas de pus dans les selles. Depuis ce moment, le plastron diminua progressivement et disparut au bout de deux mois environ.

Depuis, M. M... n'a observé aucune récurrence, aucun

ressentiment d'affection, sauf pendant les deux premières années où il conservait, de temps en temps, de la sensibilité dans la fosse iliaque.

OBSERVATION II. — Docteur X. D..., 34 ans (Croix-Rousse). — A 4 ans et 1/2, fièvre typhoïde — A 21 ans, embarras gastrique fébrile, ayant fait craindre une fièvre typhoïde; durée d'une huitaine de jours. — A 27 ans, à la suite de surmenage, vomissements et diarrhée avec élévation de température, qui firent croire encore à une fièvre typhoïde au début; l'affection dura huit jours. — A l'âge de 32 ans, douleurs au niveau du cœcum, qui durèrent deux jours. — Enfin, en 1887, dans la nuit du 25 au 26 mai, le malade fut pris subitement de vomissements, de douleurs abdominales très vives, ayant leur maximum dans la fosse iliaque droite. Les accidents survinrent brusquement, comme un coup de foudre; il n'y avait eu dans la journée aucun malaise.

Immédiatement on fit une application de vingt sangsues sur le bas ventre. Les douleurs diminuèrent sensiblement, mais l'état général devint très grave. Il y eut une constipation opiniâtre, on pourrait dire une véritable obstruction intestinale. Le ventre se météorisa, il y eut des nausées, mais pas de vomissements. La température s'élevait au voisinage de 40°; au sixième jour, il y eut une selle dure, suivie d'une débâcle liquide peu abondante. A partir de ce moment, les évacuations alvines se firent sous l'influence de purgatifs légers, mais l'état général resta d'une haute gravité jusqu'au 10 juillet environ; les températures restèrent élevées; on était bien content lorsque la température descendait à 39°. Il existait une douleur sourde dans la région abdominale inférieure, surtout à droite. Les sensations fournies par le palper étaient les mêmes dans la région iliaque droite, sur une large zone.

Par le toucher rectal, on avait la sensation d'une masse molle pâteuse, comme formée par des anses intestinales agglutinées, Il n'y eut pas d'inflammation phlegmoneuse, ni d'induration. Pendant toute cette période l'appétit était nul et le malade s'affaiblit tellement, sans accentuation de symptômes locaux, qu'on émit l'hypothèse de l'existence d'une péritonite tuberculeuse.

On n'intervint pas, malgré la gravité des accidents, à cause de l'absence d'une localisation bien constatée; il n'y eut jamais ni plastron, ni fluctuation; vers le 15 juillet, les symptômes s'amendèrent sans qu'il y ait eu évacuation de pus dans l'intestin. Au 20 juillet, le malade commença à se lever; dès lors, la convalescence marcha à grands pas. Au commencement d'août, le malade put aller à Royat et, à la fin du même mois, il put reprendre ses occupations.

Depuis, la santé générale a été excellente et il n'y a pas eu la moindre trace de poussée locale.

OBSERVATION III. — M. C..., âgé de 44 ans, atteint de pérityphlite en 1890. Bonne santé antérieure, jamais d'affections intestinales, cependant, depuis deux ans, douleurs sourdes dans la fosse iliaque droite.

Le 3 juillet, après une période de surmenage professionnel, une série de repas irréguliers et de constipation avec douleur assez marquée dans la fosse iliaque droite, des accidents graves éclatèrent brusquement. Le soir M. X..., eut comme une indigestion et des vomissements alimentaires qui durèrent toute la nuit. Vers le matin, il fut pris d'un frisson violent qui dura une demi-heure, puis il y eut sensation brusque de rupture dans le ventre, suivie d'une douleur atroce dans la fosse iliaque droite et de ténésme vésical; une application de douze sangsues donna un grand soulagement. Pendant la semaine suivante, les douleurs persistèrent et les

matières ingérées étaient vomies. Au bout de ce temps, pendant trois jours, il y eut régurgitation incessante de matières fécaloïdes, en même temps il y avait du météorisme, de l'absence des selles et on trouvait dans la fosse iliaque droite un empâtement vague et diffus peu marqué, et par le toucher rectal, un foyer rétro-rectal diagnostiqué de bonne heure par les médecins. La température était modérément élevée, elle oscillait entre 38° et 39°. Pendant une semaine l'état fut très grave et on pensa à une laparotomie; on ne s'y décida pas à cause de l'absence d'une sensation nette de foyer d'induration ou d'empâtement dans la région abdominale antérieure; seule l'existence de la tumeur du petit bassin, appréciée par le toucher rectal, pouvait donner l'indication d'une intervention; mais, vers le 20 juillet, les symptômes généraux s'étaient beaucoup atténués. Quelques jours après, la tumeur rectale se vida dans l'intestin, il sortit en une fois la valeur d'un verre de pus, extrêmement fétide et l'évacuation continua pendant trois jours. A partir de ce moment, M. X... entra en convalescence, il commença à sortir vers le 18 août; il persista des douleurs légères dans la fosse iliaque jusqu'en octobre. Maintenant la santé est excellente; quelquefois une sensation vague de pesanteur s'il y a de la constipation.

OBSERVATION IV. (Hôtel-Dieu, salle Saint-Louis). — D. A..., 52 ans, maçon, entré le 14 octobre 1890, sorti le 1^{er} décembre 1890.

Antécédents. — En 1865, fièvre intermittente contractée aux colonies. En 1866 fièvre typhoïde. Le 25 septembre 1890, après un travail pénible, le malade fut pris de violentes douleurs dans le ventre. Le lendemain il entra à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. H. Mollière qui constata une tumeur dans la fosse iliaque droite. Pendant son séjour dans cette salle,

on fit une ponction dans la tumeur, ponction qui donna quelques gouttes de pus. A son entrée dans le service de chirurgie on constate un plastron dans la fosse iliaque droite ; il n'y a plus de douleur à ce niveau et le malade a des selles diarrhéiques.

Vu la cessation des symptômes douloureux, l'absence de fièvre, et ces évacuations, on pense à une ouverture de la collection dans l'intestin ; on se contente d'appliquer des cataplasmes de farine de lin ; la tumeur se résout peu à peu et le malade sort le 1^{er} décembre, guéri.

OBSERVATION V. — Gustave D..., 27 ans, verrier, né à Louvain, Belgique, demeurant à Lyon. Entré le 28 avril 1890, sorti le 10 mai 1890.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels. Sujet vigoureux.

1^{er} mai. — Il y a trois semaines environ, le malade fut réveillé subitement au milieu de la nuit par de violentes coliques localisées à droite dans la fosse iliaque, en même temps état fébrile inquiétant.

Le malade s'apercevait presque aussitôt d'une « boule dure », siégeant dans l'hypocondre droit et légèrement en bas.

Cette tumeur était et est encore très douloureuse. Le malade n'a jamais présenté de constipation opiniâtre avant cette affection ; selles très régulières.

Son état est resté stationnaire à peu près, même après l'application de plusieurs cataplasmes chauds.

4 mai. — Actuellement on constate dans la fosse iliaque droite, au siège caractéristique de la pérityphlite, une zone indurée du volume d'une petite orange. La peau à ce niveau est adhérente et fait corps avec la masse profonde. Palpation douloureuse. Coliques violentes, irradiations en bas vers les parties génitales. Douleurs en ceinture.

Malade pas constipé, fièvre. On continue l'application des cataplasmes.

5 mai. — La température baisse, l'état s'améliore, la collection marche franchement vers la résolution.

10 mai. — Le malade part. On ne trouve qu'un empatement léger dans la fosse iliaque droite. Etat général excellent.

OBSERVATION VI. — P..., 27 ans, employé. Entré le 17 septembre 1891, salle St-Louis, lit n° 28.

Pas d'antécédents pathologiques. En mars 1891, à la suite d'une période de constipation opiniâtre, poussée très courte de pérityphlite qui disparut presque sans traitement. Au mois de juin, seconde poussée qui retint le malade quinze jours au lit. Il y a huit jours, le malade entre pour une troisième attaque; à l'entrée, état fébrile très accentué, anorexie, ne va à la selle que par purgatifs; souffre dans la fosse iliaque droite. Là on sent une tumeur qui se prolonge en haut sous la paroi abdominale, ayant son maximum de consistance en un point situé à égale distance de l'épine iliaque antéro-supérieure et de l'ombilic. Le malade indique que dans les premières poussées la tuméfaction était plus bas, tout-à-fait dans la fosse iliaque. La consistance de la tumeur est assez ferme; on n'y sent pas de fluctuation.

Une ponction capillaire ne trouve pas de pus. Comme l'état n'est pas inquiétant, on fait de l'expectation et on applique successivement : vessies de glace, cataplasmes de farine de lin et enfin des vésicatoires. De temps en temps on donne un purgatif léger. — Au 10 octobre, alors que l'état local va s'améliorant, le malade a quelques crachats striés de sang, tousse un peu et on constate, à l'auscultation, les signes d'une pneumonie de la base du poumon gauche. Le 26 octobre, les phénomènes pulmonaires ont à peu près disparu. Localement, l'empatement péri-cœcal n'existe plus, et il ne subsiste

qu'une induration au niveau du maximum de la tumeur primitivement constatée.

La douleur a cessé presque complètement ; il n'y a plus de fièvre et l'état général s'est relevé.

OBSERVATION VII. — Marie Fournier, 28 ans. Salle St-Paul, n° 14. Entrée le 28 octobre, sortie le 10 novembre 1891.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels. A 22 ans, la malade eut un abcès au sein qui guérit. Fréquemment elle avait des douleurs dans le ventre et était presque toujours constipée.

La malade entre à l'hôpital le 28 octobre ; deux jours auparavant elle avait été prise d'une fièvre violente avec perte de connaissance ; à ce moment, elle avait ressenti dans le ventre une douleur brusque comme un coup de fouet, surtout dans la fosse iliaque droite. A ce moment on administre un vomitif qui détermine le rejet de matières verdâtres. Constipation opiniâtre, sensation de barre au milieu de l'abdomen. Application de sangsues au niveau du point douloureux. La position couchée fait disparaître la douleur. La malade ne peut rester debout à cause d'une sensation de pesanteur violente dans la fosse iliaque droite, douleur augmentée par la respiration. Bon appétit, mais toujours constipée, va à la selle tous les deux jours.

Au niveau de la fosse iliaque droite on sentait un empâtement peu net, diffus, siégeant au niveau du cœur et profondément situé.

Sous l'influence de cataplasmes et de vésicatoires, la tumeur semble, au bout de quelques jours, diminuer de volume ; l'état général s'améliore, la malade mange, mais la fosse iliaque droite est toujours douloureuse. Enfin le 10, la malade, désireuse de retourner chez elle, quitte l'hôpital, en voie de guérison ; on ne sent plus qu'une légère induration.

OBSERVATION VIII. — M. H..., 28 ans, cultivateur, entré le 27 septembre, sorti le 15 octobre 1890.

Pas d'antécédents pathologiques ; au mois d'octobre dernier, à la suite d'un refroidissement, point de côté, douleurs abdominales vives, constipation pendant quatorze jours et séjour de trois mois au lit. Au bout de ce temps, on constata dans la fosse iliaque droite une masse dure qui disparut progressivement ; le 17 janvier le malade reprenait son travail. Le 8 août, retour des accidents dans la fosse iliaque, accidents qui amènent le malade à l'hôpital le 27 septembre. A l'entrée, on constate dans la fosse iliaque droite une tumeur phlegmoneuse, ligneuse à la périphérie, fluctuante au centre, siégeant au niveau exact du cœcum et de son appendice.

4 octobre. — Le malade est endormi, on incise l'abcès, il en sort une grande quantité d'un pus fétide. Cessation immédiate de tous les symptômes. Sortie du malade le 15 octobre.

OBSERVATION IX. — M..., 67 ans, ménagère, entrée le 15 septembre 1891, sortie le 12 octobre.

Bonne santé antérieure. Au mois de juillet dernier survinrent une constipation opiniâtre avec douleur de la fosse iliaque droite, fièvre, bientôt suivie de l'apparition d'une tumeur. M. M. Pollosson fut appelé à voir cette malade, le 20 juillet à la campagne. A ce moment la température persistait et atteignait souvent 39°. A la palpation abdominale on trouvait dans la fosse iliaque droite une tumeur molle, pâteuse, sonore à la percussion, donnant la sensation d'un empatement assez profond et non en contact avec la paroi.

Vu les mauvaises conditions où l'on était pour l'intervention, on conseilla d'attendre une période où cette intervention serait plus facile, et un voyage à Lyon, au cas où la tumeur

au lieu de se résoudre se rapprocherait de la paroi. La malade vient à l'Hôtel-Dieu le 15 septembre. A ce moment on constate une tumeur très douloureuse, soit spontanément, soit à la pression; elle donne alors la sensation de plastron et à son centre on constate la fluctuation.

10 septembre. — Opération. Après l'anesthésie à l'éther on fait une incision au niveau du point fluctuant, cette incision intéresse toute l'épaisseur de la paroi abdominale et ouvre une collection au niveau d'une ligne horizontale, passant par l'épine iliaque antéro-supérieure. Le doigt introduit dans la poche se dirige en bas vers la partie inférieure de la fosse iliaque, il est difficile de dire si l'on est dans le tissu cellulaire ou dans une poche péritonéale enkystée. On place un drain et un pansement antiseptique.

Les suites furent simples et la malade partit chez elle le 12 octobre, ne conservant plus qu'une fistule purulente insignifiante.

Cette malade a été revue le 23 décembre. Elle est absolument guérie de sa pérityphlite. A la partie supérieure de l'incision, on constate un commencement de hernie ventrale pour laquelle on conseille le port d'un bandage.

OBSERVATION X. — Hôpital de la Croix-Rousse, salle Saint-Eucher, service du docteur Maurice Pollosson.

XY..., âgé de 71 ans, entré en 1888, vieillard cachectique, subdelirium, amaigri, teint terreuse, pas de renseignements sur les antécédents ou les commémoratifs. On constate dans la région iliaque droite, au dessus de l'arcade, une tuméfaction fluctuante qui descend à la cuisse dans la région du triangle de Scarpa, au devant des vaisseaux fémoraux.

Une incision est faite au dessus de l'arcade et une contre-ouverture au dessous, dans la région crurale, la mort survient quelques jours après.

Autopsie. — La collection purulente située au dessus de l'arcade est intra-péritonéale, elle est limitée en haut par les anses intestinales agglutinées par des adhérences et sur un point par le cœcum et son appendice. Celui-ci est perforé. La collection purulente du triangle de Scarpa est en continuité de paroi avec la précédente et il est aisé de reconnaître que c'est un diverticule péritonéal constitué par le sac d'une hernie crurale.

OBSERVATION XI. — B..., 44 ans, manoeuvre, entré le 25 juin, sorti le 6 juillet, *salle Saint-Louis, n° 27.*

Bonne santé antérieure. L'affection remonte à dix mois; à ce moment, il commença à faiblir, à maigrir et à avoir des digestions pénibles. Il y a trois mois, il sentit une tumeur dans la fosse iliaque droite, mais il ne cessa son travail qu'il y a quinze jours. Il entre à l'Hôtel-Dieu le 25 juin, il est pâle et amaigri, il appelle l'attention sur sa fosse iliaque où on constate une tumeur dure, faisant corps en apparence avec l'os, remontant un peu du côté de la région lombaire. De prime abord, vu les symptômes antécédents et la dureté de la tumeur on hésite entre l'idée d'un plastron inflammatoire de consistance ligneuse et une tumeur de l'os iliaque, mais l'examen de la température, qui atteint 39° et des selles qui renferment des quantités considérables de pus, à l'insu du malade, confirme le diagnostic de tumeur phlegmoneuse ouverte dans l'intestin.

Vu l'abondance des évacuations purulentes on n'intervient pas.

L'état général ne s'améliorant pas et la température restant élevée, on est sur le point d'opérer, lorsque le malade contracte une pneumonie droite très grave qui ne permet plus aucune intervention.

Arrivé à la dernière extrémité, les parents emmenèrent le malade chez lui pour qu'il meure au milieu des siens.

OBSERVATION XII. — Hôtel-Dieu. (Service du docteur M. Pollosson.) — Appendicite, péritonite suppurée et généralisée, laparotomie, lavage et drainage du péritoine *in extremis*, guérison, résection de l'appendice.

Jean S..., de Saint-Pierre-la-Palud, 30 ans, cultivateur. Pas d'antécédents héréditaires ou personnels.

Le 19 août 1891, ce malade fut pris de violentes coliques qui le forcèrent à s'aliter; il présenta de la constipation et un état fébrile intense; enfin, il eut des vomissements dans lesquels on trouva quatre vers, probablement quatre ascarides.

Entré dans le service du docteur M. Pollosson (Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, n° 5, 4 septembre au matin).

A ce moment, état très grave, T. 41°.

La palpation du ventre découvre dans la fosse iliaque droite une tumeur du volume d'un poing, allongée transversalement, fluctuante. Peau intacte, ventre pas ballonné, mais son exploration est très douloureuse. Le malade a un peu de délire. Depuis plusieurs jours, au dire de sa mère, il a vomi d'abord des aliments, puis des matières verdâtres.

Séance tenante, on fait l'incision de la collection; elle conduit sur un foyer de pus d'un blanc jaunâtre, d'aspect louche, très fétide. On arrive sur une anse intestinale qui paraît être le cœcum et ne présente pas d'altération. Drainage.

5 septembre. — Tous les symptômes persistent (vomissements, fièvre, etc.), T. 40°; état général encore plus grave, pouls imperceptible; ventre tendu, ballonné, douloureux. Evidemment, il y a péritonite généralisée, probablement suppurée. Etat général tel qu'on hésite à intervenir; on craint que le malade ne puisse supporter l'opération.

Laparotomie. — M. Pollosson, assisté de M. C. Audry, fait, sur la ligne médiane et à 0,04 de l'ombilic, une incision de trois travers de doigt. Arrivé sur le péritoine, il l'ouvre et tombe à la partie supérieure sur une anse intestinale rouge, gonflée et adhérente. Un peu de liquide séreux, puis

quelques flocons d'un pus d'apparence phlegmoneuse, bien lié, s'échappent par la partie inférieure de l'incision. On introduit dans la cavité, une canule en verre par laquelle on fait passer une grande quantité d'eau boriquée tiède. On revient à la plaie faite la veille. On découvre à ce niveau, d'abord la collection iléo-cœcale incisée la veille et qui occupe la fosse iliaque même, puis l'appendice qui est couché le long de la lèvre supérieure de l'incision, recouvert par elle; il est entièrement gangrené et présente une perforation. On le lie à sa base avec un fil de soie et on le resèque.

On voit ensuite qu'il existe une collection purulente en plein péritoine, entre la paroi abdominale antérieure et la face antéro-supérieure du cœcum. Le doigt introduit dans cet abcès atteint aussitôt celui qui pénètre par l'incision faite sur la ligne blanche. Enfin, sous le cœcum, en dedans de l'abcès sous-iliaque, autre foyer qui plonge vers le petit bassin au milieu des anses intestinales. Tous ces foyers sont lavés avec un grand courant d'eau boriquée tiède et drainés avec de longues mèches de gaze iodoformée. Pansement.

Notons ici un phénomène assez curieux. La désinfection de la paroi abdominale avait été faite avec la solution de sublimé à 1/4000 qui sert habituellement en pareil cas et qui est parfaitement supportée. Chez ce malade, tous les points du tégument qu'elle toucha prirent une teinte rouge, lie de vin, très intense. Toute la paroi abdominale et le haut des cuisses furent ainsi immédiatement couvertes d'un immense vésicatoire; du reste, il ne se forma jamais de vésicules et tout cet épiderme desquama lentement dans la suite.

Le soir état stationnaire. T. 40°5. Vomissements persistans; abdomen pas modifié.

6 septembre. — T. 40°2 matin et soir.

7 septembre. — T. 39°5, légère amélioration de l'état général. Ventre un peu moins ballonné et douloureux, mais les vomissements continuent. Soir T. 40°2.

8 septembre. — T. matin 38°6, seul signe favorable, les autres sont stationnaires. Soir T. 39°5.

9 septembre. — T. 38°8, on fait le pansement et on trouve une grande quantité de pus autour de la plaie du cœcum, mais rien au niveau de l'incision de la ligne blanche.

Le malade vomit toujours, mais ventre moins ballonné et moins douloureux.

12 septembre. — T. 38°. Depuis ce moment, les vomissements cessèrent, l'état général s'améliora, la cicatrisation de la plaie médiane fut rapide, mais celle de l'incision cœcale fut beaucoup plus lente.

1^{er} octobre. — Cette plaie cœcale présente encore une assez large surface, d'assez bon aspect d'ailleurs et où aboutit un trajet dirigé en haut et en avant.

6 octobre. — Le malade présente quelques températures anormales dues probablement à un peu de rétention de pus dans la plaie. Mais tout se calme et la plaie sera bientôt cicatrisée.

Le point intéressant et instructif de cette observation, est la guérison d'une péritonite suppurée et généralisée par laparotomie, lavage, etc., pratiqués à une période tellement grave, qu'on pouvait redouter la mort sur le lit d'opération et que pour cette raison on hésitait à pratiquer. On pourrait demander pourquoi nous n'avons pas dès la première opération, exécuté les manœuvres de la deuxième : c'est qu'à ce moment les symptômes de péritonite pouvaient être attribués à l'inflammation péri-cœcale et que trouvant un abcès volumineux, nous avons le droit d'espérer que les accidents céderaient après son ouverture.

La guérison obtenue dans ce cas, ne saurait excuser une expectation par trop prolongée (ici involon-

taire) et être invoquée en faveur de l'intervention tardive. Sans contredit, une laparotomie précoce aurait fait courir moins de danger au malade, que l'opération *in extremis*.

OBSERVATION XIII. — Madame X. Y. ., âgée de 34 ans, entrée le 27 novembre, morte le 28.

Cette malade entre avec les signes d'une péritonite généralisée; elle est vue le lendemain matin par M. Pollosson; elle est à l'agonie et ne peut donner aucun renseignement sur ses antécédents.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, on trouve le péritoine rempli de pus, on ne constate rien du côté de l'utérus et de ses annexes, on examine alors du côté du cœcum et l'on trouve l'appendice gangrené et perforé. L'appendice est augmenté de volume, d'une coloration feuille morte et présente cinq perforations espacées de sa pointe au voisinage de sa base.

A sa base, on sent une petite tumeur du volume, d'une petite gobbille, constituée par un amas de matières fécales, médiocrement dures et sans aspérités, il n'y a pas d'ulcération à son niveau, on ouvre le cœcum, il est absolument sain; sa muqueuse n'est ni hyperhémisée, ni ulcérée; il renferme un gros bol fécal de même coloration et de même consistance que le fragment trouvé dans l'appendice; il n'existe pas d'adhérences péri-cœcales, mais à la partie moyenne de l'abdomen, au niveau d'une ligne transversale correspondant à l'ombilic, l'épiploon replié sur lui-même est adhérent en avant à la paroi abdominale antérieure, en arrière, aux anses intestinales. Au-dessus de ce cloisonnement transversal, le grand péritoine renferme du pus; il existe notamment une grande collection purulente sous la face inférieure du foie dans l'hypocondre droit.

OBSERVATION XIV. — Salle Saint-Paul, lit 35, service du docteur Maurice Pollosson.

Annette F..., repasseuse, 37 ans, demeurant à Lyon, entrée le 21 août 1890, sortie le 15 septembre 1890.

La malade a vu survenir à droite une petite tumeur dans la région crurale il y a cinq ans, elle n'a jamais porté de bandage depuis cette époque. Elle avait eu auparavant deux enfants.

Il y a deux jours, sans efforts, elle vit la tumeur devenir tendue et douloureuse, elle eut des coliques et des envies de vomir. Le lendemain elle dut garder le lit, eut encore une selle ce jour-là, mais remarqua qu'elle ne pouvait plus faire de gaz. Le troisième jour, au matin, elle eut un vomissement et des hoquets. Le docteur Morel, appelé, pensa à une hernie étranglée et l'envoya à l'Hôtel-Dieu. Le lendemain on trouve, à la visite, la malade avec facies grippé, pouls petit, se plaignant de coliques violentes, de nausées, et n'ayant ni selles ni évacuations gazeuses. On sent dans la région crurale, une petite tumeur maronnée tout à fait identique à la tumeur habituelle de la hernie crurale étranglée. On se décide à intervenir.

Opération. — La malade endormie, l'opération est conduite comme pour un étranglement herniaire, auquel on croit. On trouve un sac, on l'incise, il renferme un liquide rougeâtre assez abondant. A l'intérieur, au lieu d'intestin ou d'épiploon, comme on s'y attend, on trouve un cordon rougeâtre, large de 5 à 6 centimètres, du volume du petit doigt, présentant sur un point de sa circonférence un bourrelet graisseux analogue aux appendices épiploïques du gros intestin. On débride l'anneau, on tire légèrement au dehors l'organe hernié et on voit, qu'au dessus de la partie étranglée, fait brusquement suite au bourrelet rougeâtre, un cordon pâle du diamètre d'un porte-plume, ayant tout à fait l'aspect de l'appendice iléo-cœcal. On place une ligature au catgut à un

centimètre sur ce cordon et on coupe au-dessous du fil, on réduit, on sectionne le sac (cure radicale) et la peau.

Les suites de l'opération furent très simples et la malade sortit guérie le 15 septembre 1890.

Examen anatomique. — La portion reséquée présentait à son centre une cavité tubulaire, terminée en cul-de-sac. La paroi de cette cavité avait un aspect muqueux. La portion située au-dessous de l'étranglement était notablement tuméfiée, relativement à la portion située au-dessus; elle était d'un rouge vineux au lieu d'être pâle. Au point de vue de la forme, l'aspect de la pièce rappelait assez bien une bouteille dont le col serait réuni au corps à angle droit. Il n'a pas été fait d'examen histologique, mais il ne paraissait pas douteux qu'il ne s'agit là d'un appendice intestinal et suivant toute probabilité de l'appendice iléo-cœcal.

CHAPITRE IV

ÉTUDE ANALYTIQUE DES OBSERVATIONS

Reconnaissons que quelques-unes de nos observations sont, sous un rapport ou l'autre, très incomplètes. Il en est même qui ont été prises de mémoire, mais les renseignements fournis *a posteriori* l'ont été par des hommes si compétents, tellement capables de rendre compte des symptômes par eux éprouvés, qu'elles n'en ont pas moins une valeur indiscutable. Quelques-unes ont le mérite de nous donner des résultats éloignés. Du reste, nous nous attacherons à ne tirer aucune conclusion qui ne ressorte directement des faits.

Ces conclusions sont relatives : 1° A l'anatomie et à la physiologie pathologique ; 2° Aux symptômes et à la marche de la maladie ; 3° Au traitement.

I. — ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Rappelons les idées anciennes et nouvelles sur l'anatomie pathologique de l'affection. Il y a quelques années, on considérait l'inflammation comme ayant

son siège dans le tissu cellulaire, tissu cellulaire rétro-cœcal, tissu cellulaire de la fosse iliaque, de la fosse lombaire, de la paroi abdominale antérieure, du petit bassin. Le point de départ était une lésion des parois du cœcum dans la majorité des cas ; toutefois, le point de départ possible dans l'appendice n'était nullement ignoré. L'inflammation se propageait au tissu cellulaire soit directement, soit par la voie lymphatique. L'idée ancienne peut se résumer en deux mots : phlegmon ordinairement d'origine cœcale. Les notions nouvelles sont très différentes : l'inflammation a son siège dans le péritoine, il s'agit d'une péritonite enkystée ou non ; dans la majorité des cas, le point de départ est l'appendice ; mais on ne nie pas l'origine cœcale. On comprend que les noms d'appendicite et de paratyphlite se sont substitués à celui de pérityphlite. Toutefois, l'expression de pérityphlite est conservée par les auteurs qui acceptent les idées actuelles. Avec raison selon nous, sous le nom de cœcum on peut entendre le cœcum proprement dit et l'appendice. Il n'y a rien d'illogique à se servir encore aujourd'hui d'une dénomination consacrée par l'usage, pour désigner des cas cliniques qui restent les mêmes, s'ils sont autrement interprétés. Aussi, avons-nous adopté, dans ce travail, comme terme général, le mot de pérityphlite.

En ce qui concerne les lésions anatomiques, nos observations confirment les idées nouvelles sur la localisation et le point de départ de la phlegmasie. Notons, en passant, que les observations anciennes n'ont à cet égard qu'une valeur très relative. Quand

on n'avait pas l'attention éveillée sur ce point que les exsudats étaient intra-péritonéaux, on a très bien pu prendre des abcès enkystés du péritoine pour des abcès du tissu cellulaire. L'histoire des phlegmasies péri-utérines pourrait être invoquée en faveur de cette opinion, que l'erreur est facile à commettre. De même, on a pu méconnaître, pour ne pas les avoir suffisamment cherchées, des lésions de l'appendice et satisfaire son esprit avec des lésions accessoires ou insignifiantes ou secondaires des parois du cœcum.

Parmi nos observations, les unes ne nous apprennent rien sur le siège exact de l'affection ; les autres sont en faveur de la péritonite et de l'appendicite. Deux fois (obs. 12 et 13) nous trouvons notées, soit dans le cours de l'opération, soit dans la nécropsie, des appendicites perforées et gangréneuses. Un troisième cas est plus intéressant, en ce sens qu'il s'éloigne des cas publiés, il s'agit du sujet de l'observation 10 : une collection purulente siégeait dans la fosse iliaque et dans le triangle de Scarpa. Avant, et même après l'intervention, il était naturel de supposer l'existence d'une suppuration du tissu cellulaire de la fosse iliaque ayant fusé par l'anneau crural dans le triangle de Scarpa plutôt qu'une péritonite enkystée. Or, l'autopsie a montré que le pus avait bien son siège dans le péritoine et qu'il avait un diverticule dans la région crurale à la faveur d'un sac de hernie crurale. Dans ce cas, le point de départ de la suppuration était une perforation de l'appendice.

Dans les autres cas, l'examen direct n'a pas été pratiqué ; mais il en est deux au moins (obs. 2 et 3) où

les symptômes du début présentaient à un si haut degré les caractères de l'appendicite perforante et les symptômes ultérieurs ceux de la péritonite, qu'on peut les considérer comme venant s'ajouter à ceux où la lésion péritonéale et l'appendicite perforante ont été directement constatées.

Nous compléterons les renseignements fournis par nos observations au sujet de l'anatomie pathologique en mettant en relief les détails suivants recueillis dans nos deux faits de péritonite suppurée et généralisée : ils ont leur intérêt au point de vue de l'intervention chirurgicale.

Dans les péritonites généralisées, il y a des cloisonnements, qui peuvent rendre incomplets le lavage et le drainage, si on ne pratique pas des incisions multiples. Dans l'observation 12, de péritonite généralisée, terminée par guérison, il existait entre la poche purulente péri-cœcale et le reste de la grande cavité péritonéale comme une ceinture d'adhérences, probablement rompue sur un point, mais assez continue, expliquant pourquoi l'incision dans la fosse iliaque était restée insuffisante, permettant d'affirmer que la seule laparotomie médiane n'aurait pas donné une bonne évacuation. Cette première disposition est d'une interprétation facile : elle représente la première ligne de défense établie si souvent dans les premiers jours qui suivent la perforation par l'inflammation adhésive de la séreuse.

Dans l'observation 13, où l'autopsie a été pratiquée, ces adhérences autour du foyer primitif n'ont pas été trouvées ; mais sur une ligne transversale corres-

pendant à peu près à l'ombilic, il existait entre l'épiploon d'une part, de l'autre, la paroi abdominale en avant et les anses intestinales en arrière, des adhérences constituant une vaste cloison qui divisait la grande cavité péritonéale en deux poches, l'une inférieure, l'autre supérieure, avec vaste épanchement purulent sous la face inférieure du foie. Il est évident que dans ce cas, une laparotomie médiane sous-ombilicale et une incision dans la fosse iliaque n'auraient pas assuré l'évacuation complète du pus, et dès à présent nous pouvons dire qu'une contre-ouverture de l'hypochondre droit aurait été indiquée.

Trois fois nos observations font mention d'appendicite perforante. Dans l'une, il n'est pas donné de détails (obs. 10) ; dans la seconde (obs. 12), il existait des perforations multiples sur un appendice d'aspect gangreneux ; de même dans l'obs. 13. Dans ces deux cas, il y avait grande analogie avec les lésions intestinales de la gangrène herniaire. Le diverticule, augmenté de volume, présentait une teinte *feuille morte*. Par place, on trouvait de petites perforations siégeant au milieu d'une plaque de sphacèle. Mais comment expliquer ce processus gangreneux ? Il est probable que, suivant l'explication donnée par Talamon, le corps étranger appendiculaire oblitère l'orifice du canal, comprime les vaisseaux, modifie la vitalité de la muqueuse qui devient vulnérable pour les agents infectieux. Ce mécanisme nous paraît expliquer, mieux que l'action locale exercée sur la muqueuse par le corps étranger et aboutissant à l'ulcération, les cas où il y a gangrène et perforation

multiple à distance du corps étranger incriminé. Nous voulons faire remarquer que les parois appendiculaires présentent une aptitude très marquée aux processus gangreneux. Dans notre obs. 13, on trouvait, comme seule cause, à la base de l'appendice, un fragment de bol fécal, à peine durci, sans aspérité notable ; il paraissait, vu la consistance et la coloration, détaché d'un gros bloc stercoral siégeant dans le cœcum. Pour qu'il ait provoqué la gangrène de l'appendice, il fallait que la muqueuse présentât une vulnérabilité toute spéciale et une grande disposition aux troubles circulatoires. Il serait bon d'étudier à ce point de vue la distribution des vaisseaux de l'appendice et de voir s'il ne serait pas un organe mal vascularisé.

Si, à une phase avancée, l'appendicite gangreneuse se présente avec les caractères d'une anse intestinale étranglée et gangrenée, il en est de même dans la première période. La description que donnent les auteurs de l'aspect présenté par l'appendice dans certaines interventions précoces, rappelle exactement, ce qui a été rencontré dans notre observation de hernie étranglée de l'appendice. Ils comparent l'aspect de l'appendice tuméfié, tendu, vascularisé au pénis, en érection, d'un jeune garçon. Nulle comparaison ne saurait mieux exprimer l'apparence de l'organe trouvé étranglé, par M. Pollosson, chez la femme de l'observation 14.

II. — ETUDE CLINIQUE.

Nos observations présentent peu d'intérêt à ce point de vue ; elles renferment peu de détails sur la symptomatologie et la marche de l'affection. Nous relèverons seulement les deux points suivants. A propos de la consistance de la tumeur, on y parle tantôt de consistance d'une masse molle, pâteuse, tantôt d'une consistance plus ferme, d'une sorte de blindage ou *plastron* d'une façon générale ; on attribue la première de ces sensations à des anses intestinales agglutinées par des adhérences ; on a souvent considéré la seconde comme due à l'inflammation du tissu cellulaire, à un certain degré de phlegmon. En fait, la seconde succède souvent à la première comme dans notre observation 9. Nous ne pensons pas, cependant, que le *plastron* implique une participation du tissu cellulaire ; nous croyons aussi, en nous fondant sur la lecture des observations publiées par divers auteurs, que le simple empâtement, sans blindage, coexiste avec des adhérences suffisantes et avec des foyers purulents. Il s'agit donc simplement d'une question de degré : les adhérences sont plus solides et, probablement, surtout au niveau de la paroi, dans le *plastron* que dans l'*empâtement*. Il en découle qu'à cette seconde période l'intervention est plus facile, parce que la sensation du signe physique directeur est plus ac-

cusée, parce que les adhérences étant plus solides, on risque moins d'ouvrir le grand péritoine dans la recherche des foyers enkystés.

Le second point est relatif aux hernies consécutives à l'incision de la paroi dans les pérityphlites. Elles constituent donc les inconvénients de l'intervention. Elles sont probablement fréquentes à la suite des opérations précoces ; aussi, Roux, de Lausanne, a la précaution de faire porter une sangle à ses opérés, après leur guérison. Mais nous devons reconnaître qu'elles se montrent à la suite des opérations tardives. Chez la malade de l'observation 9, opérée en octobre 1891 et revue en décembre, on a constaté une pointe de hernie ventrale qui va nécessiter le port d'un bandage. Nous avons eu, en novembre 1891, l'occasion de voir, au service de M. Pollosson, un jeune garçon opéré, il y a cinq ans, par Daniel Mollière, pour pérityphlite, à une période avancée de l'affection ; ce jeune homme, déjà porteur d'une hernie inguinale droite, s'était aperçu, depuis quelques mois, d'une proéminence qui n'était autre chose qu'une hernie ventrale développée au niveau de la cicatrice consécutive à l'incision de la paroi.

III. — ANALYSE DES OBSERVATIONS RELATIVEMENT AU TRAITEMENT.

Elles peuvent se diviser en quatre catégories.

Dans sept cas, il n'y a pas eu d'intervention chi-

rurgicale et la guérison a été obtenue par le seul traitement médical (1^{re} catégorie).

Dans deux cas, on est intervenu tardivement suivant les indications de l'ancienne chirurgie et les malades ont guéri (2^e catégorie).

Dans deux cas, les sujets âgés ou cachectiques n'ont été vus qu'à la période ultime de la maladie, et la mort est survenue, dans un cas sans intervention, dans l'autre après intervention (3^e catégorie).

Les deux derniers cas peuvent être mis à part ; il s'agit de péritonites généralisées et suppurées d'origine appendiculaire.

Première catégorie. — Sept cas guéris sans intervention. — A tout seigneur tout honneur. Les malades de nos trois premières observations sont des médecins qui nous ont autorisé à les publier. A en juger par le début brusque des accidents, la phlegmasie aurait eu pour point de départ l'appendice. Dans les trois cas, dont l'un terminé par abcès ouvert dans le rectum, les symptômes ont présenté une certaine gravité et même (Obs. II) ont inspiré les plus vives inquiétudes pour l'existence du malade : Dans les trois cas, on s'est tenu prêt à une intervention chirurgicale. Il est certain que, s'ils avaient été entre les mains des chirurgiens entraînés par les idées interventionnistes, tous auraient été opérés. Tous ont cependant guéri sans opération, et il ne leur reste aucun ressentiment de leur affection cœcale. L'un d'eux a eu sa pérityphlite il y a dix-huit années. Depuis cette époque, il mène la vie professionnelle la plus active, il a de fréquentes occasions

de prendre part à ces excellents et copieux repas qui sont des accessoires obligés de la vie lyonnaise ; il n'a jamais eu de rechutes et sa fosse iliaque est absolument indolente et souple. Il en est de même des autres médecins (Obs. II et III), dont les observations remontent l'une à cinq ans, l'autre à dix-huit mois.

Praticiens très occupés, forcés souvent par leur profession à prendre des repas rapidement et à des heures irrégulières, ils n'ont plus éprouvé aucun trouble digestif. Il est peu de faits aussi favorables à la doctrine de la non-intervention.

Les quatre autres faits, où le diagnostic ne souffrait pas d'hésitation, se présentaient avec des symptômes bien moins alarmants. Ils rentrent mieux dans le groupe de ceux qui sont habituellement soignés dans les salles de médecine et qui, guérissant sans qu'il y ait jamais eu d'inquiétude sérieuse, font que les médecins s'étonnent de l'audace actuelle des chirurgiens.

Cependant, parmi ces dernières observations, il en est une (Obs. VI) où la fréquence des récidives pourrait devenir une indication de recherches de l'appendice.

Deuxième catégorie. — Deux cas de guérison après ouverture d'abcès pérityphlitiques évidents. — L'un est un cas banal, un abcès dans les conditions où on les a toujours ouverts dans toutes les régions.

Le second est intéressant à ce point de vue que la malade a été observée à deux périodes de son affection. La première fois que M. Pollosson la

visita, l'affection était à une phase initiale et aiguë : il y avait de la fièvre et un empâtement diffus formant une grosse tumeur, peut-être fluctuante, dans la fosse iliaque droite. Mais cet empâtement était encore sonore, et bien que le diagnostic eût été nettement porté à ce moment en raison des commémoratifs, M. Pollosson n'intervint pas pour les raisons suivantes. L'intervention n'était pas très simple : une laparotomie très antiseptique était nécessaire ; il était probable qu'il eut fallu décoller des adhérences pour arriver sur un foyer non adjacent à la paroi abdominale. Et l'opération devait être pratiquée à la campagne, dans une chambre peu propre, sans un personnel assez nombreux. Dans ces conditions, M. Pollosson préféra renvoyer l'opération à une époque où elle serait plus simple, où la collection purulente serait devenue un simple abcès rétro-pariétal. C'est, en effet, à cette seconde période que l'incision fut faite, simple coup de bistouri qu'on aurait pu à la rigueur donner sans anesthésie. A l'hôpital ou dans un milieu convenable, une intervention plus précoce eut été plus rationnelle. La question de milieu doit donc entrer en ligne de compte lorsqu'il s'agit de choisir entre une opération précoce et une opération retardée.

Troisième catégorie. — Deux cas suivis de mort, l'un après, l'autre sans intervention. — Ces deux cas ne présentent aucun intérêt au point de vue du traitement : ils ont été vus à une période tellement avancée de la maladie qu'il n'y avait rien à espérer d'une intervention. On ne peut les invoquer en

faveur de la thèse de l'intervention hâtive. Entre le début et le moment où les malades ont été observés, il s'est écoulé un laps de temps pendant lequel on a méconnu l'indication d'inciser à cette période moyenne, dont on a profité dans les deux cas de la précédente catégorie.

Quatrième catégorie. — Deux observations de péritonite purulente généralisée d'origine appendiculaire. — L'une d'elles n'a rien à faire avec la thérapeutique chirurgicale : la malade en question était à l'agonie lorsqu'elle a été visitée par le chirurgien.

Dans la deuxième, le malade paraissait moins près de la mort, quoique son état put être considéré comme désespéré : il fut sauvé par une laparotomie suivie de lavage et de drainage du péritoine, et de l'appendice. C'est là un fait heureux à ajouter aux quelques cas de même nature déjà connus.

L'opération a porté sur deux points de la paroi : on a, par l'incision déjà faite la veille dans la fosse iliaque droite, mis à jour des foyers péri-cœcaux cloisonnés, reséqué l'appendice et lié sa base, puis pratiqué la laparotomie médiane sous-ombilicale. Les foyers péri-cœcaux, plus ou moins limités par des adhérences, ne communiquaient pas assez librement avec la grande cavité péritonéale pour que la première incision eut suffi à l'évacuation du pus.

Nous avons fait remarquer, à propos de l'anatomie pathologique, que, dans l'autopsie de notre deuxième cas, nous avons constaté un cloisonnement transversal au niveau de l'ombilic et une collection purulente sous-hépatique qui n'aurait bien été éva-

cuée que par une incision dans le flanc ou dans l'hypocondre droit.

Dans un cas, rapporté par MM. Goullioud et Adenot (1), ces auteurs ont signalé l'existence de foyers plus ou moins enkystés en divers points de la grande cavité péritonéale. Ils furent conduits à pratiquer une contre-ouverture dans la région lombaire droite et dans le cul-de-sac de Douglas. Comme ils le font remarquer, on ne peut rien préjuger sur la variété des cas et sur le siège des incisions qui peuvent être nécessaires pour une bonne évacuation. Mais il est utile d'avoir l'attention éveillée sur ce point et de pratiquer, suivant les circonstances, des incisions multiples, en tenant compte toutefois de l'état du sujet, qui dans ces cas désespérés, ne permet guère des opérations de longue durée.

¹ Perforation de l'appendice iléo-cœcal : péritonite généralisée due au bacillus coli communis. MM. Goullioud et Adenot. *Lyon Médical* 1891.

CHAPITRE V

CONCLUSIONS

I. — Les observations que nous avons réunies sont en faveur de l'opinion émise dans ces dernières années, à savoir, que dans la majorité des cas, les inflammations péri-cœcales sont d'origine appendiculaire.

Quelques-unes établissent nettement cette origine ; aucune ne peut lui être opposée.

II. — Elles viennent également à l'appui des idées nouvelles sur la localisation de l'inflammation dans le péritoine. Dans tous les cas où l'examen direct a pu être fait, on a constaté l'existence de péritonites enkystées ou généralisées, sans participation du tissu cellulaire à l'inflammation.

III. — A une période avancée, les lésions de l'appendice ressemblent singulièrement à celles qu'on observe dans la gangrène herniaire. Il est à supposer que dans nombre de cas les perforations de l'appendice se font par le mécanisme de la gangrène et non par ulcération directe.

IV. — Au point de vue des signes locaux, on peut distinguer deux variétés, qui se succèdent dans la consistance de la tumeur inflammatoire. Au premier degré : la tumeur est molle, pâteuse ; au deuxième degré, elle est dure, ferme, mieux limitée, c'est le *plastron*.

Les collections séro-purulentes ou purulentes peuvent exister, même si la tumeur ne donne que la sensation d'empâtement. La consistance de *plastron* n'indique pas forcément la participation du tissu cellulaire ; elle indique que les adhérences tiennent à des exsudats plus épais, plus rapprochés de la paroi. L'intervention chirurgicale est alors plus facile et plus sûre.

V, — Il existe un groupe nombreux de pérityphlites où la conduite à tenir est discutée. Les chirurgiens se divisent en partisans de l'intervention hâtive et partisans de l'expectation.

Nos observations seraient plutôt en faveur de l'expectation ou du moins de l'intervention à une période où il existe des signes locaux plus nets, correspondants à des lésions plus faciles et moins dangereuses à aborder, que ne l'exigent les partisans de l'intervention hâtive.

VI. — Nous estimons toutefois, après la lecture des faits publiés par d'autres auteurs, que, d'une part les progrès de la chirurgie antiseptique, d'autre part les notions plus précises de découvertes récentes sur la nature et le siège de la maladie, doivent rendre les chirurgiens plus entreprenants dans le traitement de la pérityphlite.

Il est évident que le milieu où l'on aura à pratiquer l'opération, que l'habitude que le chirurgien aura acquise de ce genre d'intervention peuvent modifier la conduite à tenir dans tel ou tel cas.

VII. — Une intervention hardie dans des cas en apparence désespérés, peut amener la guérison de péritonites purulentes généralisées d'origine cœcale.

VIII. — Dans les laparotomies pour péritonite purulente d'origine cœcale, il peut être indiqué de faire, outre une incision médiane et une incision dans la fosse iliaque droite, des contre-ouvertures dans les flancs ou dans le vagin.

IX. — L'appendice iléo-cœcal peut s'étrangler dans un orifice herniaire ; les symptômes sont alors ceux d'une hernie intestinale étranglée.

	Vu : le Doyen,
Vu : le Président de la Thèse,	LORTET.
FOCHIER.	

PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 6 janvier 1892.

Le Recteur,
EM. CHARLES.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Dupuytren, Cliniques, 1837.
Grisolle, Path. Int., tome I^{er}. 1839.
Méliér, Journal général de Médecine et Chirurgie, tome G. 1827.
Bodart, Thèse de Paris. 1844.
Leudet, Arch. gén. de Méd. 1859.
Blatin, Thèse de Paris. 1868.
Dūplay, Arch. Med. 1876.
Balzer, Gazette Méd. 1879. N^{os} 15, 19, 23, 25.
Dautel, Thèse de Paris. 1883.
Legrain, Thèse de Paris.
Taverney, Thèse de Paris.
Nimier, Arch. de Méd. 1887, tome II.
Albers. Trad. journal l'Expérience. 1837.
Hénoch, Deutsch Klinik. 1860.
Matterstock, Sammlung Klinischer Vortrage. 1887.
Mickulitz, Sammlung Klinischer Vortrage. 1887.
Société Clinique de Londres. 1884.
Trèves, The Lancet. 1890.
Krafft, Revue Suisse Romande. 1888.
Roux, Revue Suisse Romande. 1889, 1890, 1891.
Broca, Gazette Méd. de Méd. et Chir. 1888. Page 1581.
Maurin, Thèse de Paris. 1890.
Berger, Revue de Chirurgie clinique. 1890.
Tuffier, Arch. de Méd. 1890.
Renvers, Merc. Médical. 1891.
Jumon, Méd. Moderne. 1891.
Chandelux, Province Médicale. 1888.
Pravaz, Thèse de Lyon. 1888.
Kümmel, Deutsche, Gesellschaft für chirurgie. 1890.
Humerfauth, Deutsch Med. Wochensch. 1890.

